

調査票の記入上の留意点

【調査時点】

- 2021年1月末時点の状況についてお答えください。

【貴施設の連絡先】

- 調査回答の内容について、問合せ先となる方の連絡先を御記入ください。

【問1】

- 貴事業所のサービスの種類についてお答えください。
- 例えば、「1 児童発達支援」「ア医療型」事業所の場合は1及びアに○を記入してください。また、同一事業所内で「2 放課後等デイサービス」も実施している場合は、同じシートの2に○を記入するのではなく、別途、回答ファイルを作成してください。

【問3】

- 令和3年1月末時点で利用登録がある医療的ケア児者について、令和2年4月1日現在の年齢区分により、人数を記入してください。

調査対象の年齢区分 (2020年4月1日時点)	生年月日の期間
修学前 0～5歳	平成26(2014)年4月2日生まれ以降
就学期(小・中)6～14歳	平成17(2005)年4月2日～平成26年(2014)年4月1日生まれ
就学期(高)15～17歳	平成14(2002)年4月2日～平成17(2005)年4月1日生まれ
18歳以上～40歳未満	昭和55(1980)年4月2日～平成14(2002)年4月1日生まれ

【問5-1】

- 医療的ケアが必要な障害児者に係る加算のうち、現在までに1件以上算定したことのあるもの全てに○を記入し、その他、医療的ケアが必要な障害児者受入のため、算定した加算があれば、「6 その他」の()内に具体例を記入してください。

【問6】

- 医療的ケア児者の受入(サービス提供)にあたり、法令等に定める基準以外に、年齢に関する条件等を設定している状況についてお答えください。例えば児童発達支援において2歳以上を対象としている場合は、「1 下限がある」の右隣の欄に「2」と記入し、理由欄に年齢を設定している理由を記入してください。

【問7、問13-1～問17-2】

- 調査時点での医療的ケア児者の受入の有無に関わらず、医療的ケア児者へのサービスの提供の可否(受入、リハビリテーション、送迎、入浴介助)についてお答えください。

【問 9、問 11、問 14】

- 調査時点での医療的ケア児者の受入の有無に関わらず、介護職員（施設における配置名称に関わらず、利用者への直接支援にあたる職員を指す（例）児童発達支援事業所の児童指導員、保育士）、看護師、リハビリ職等の配置状況についてお答えください。

【問 18】

- 近隣関係機関との協力体制の状況は、医療的ケア児者に関する連絡・連携に限らず、貴施設の業務全般における連携の状況について、記入してください。
- その他、調査に関して不明な点等ありましたら、下記の問い合わせ先まで御連絡いただきますようお願いいたします。

自由記載欄への記入が困難な場合等は、回答を飛ばしていただいても構いません。
御多忙のところ恐縮ですが、今後の医療的ケア児者の支援体制の向上を図るために、
調査への御理解・御協力をよろしくお願いいたします。

（問い合わせ先）

愛知県福祉局福祉部障害福祉課

医療療育支援室 室重症心身障害児者施設グループ

担 当 大谷

電 話 0 5 2 - 9 5 4 - 6 6 2 9

E-mail shogaishisetsuseibi@pref.aichi.lg.jp